

введения (цефтриаксон, ванкомицин), что может быть расценено как нерациональное использование АБС.

Местные анестетики (МА) явились причиной АШ в 8 случаях. АШ на амидные МА (лидокаин, артикаин) протекал по гемодинамическому варианту, на тетракаин (МА группы сложных эфиров) – с гемодинамическими и респираторными (бронхоспазм) симптомами. Гемодинамический вариант АШ требует дифференциальной диагностики с системным действием МА, вегетососудистыми реакциями.

Отягощенный лекарственный аллергоанамнез установлен у 19 (48,7%) пациентов, из них в 8 случаях назначались ЛС той же группы, на которые ранее отмечены аллергические реакции. Сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания имели 19 пациентов. Среди них у большинства (18, 94,7%) установлены нарушения гемодинамики II-III степени, и лишь в 1 случае - I степени.

На этапе догоспитальной помощи всем пациентам вводились глюкокортикоиды (преднизолон, дексаметазон), адреналин - 19 пациентам (48,7%), дофамин - 3 (7,7%), инфузионная терапия (растворы 0,9% NaCl, 5% глюкозы) - 22 (56,4%), H<sub>1</sub>- антигистаминные 1-го поколения (клемастин, хлоропирамин) - 14 (35,9%), эуфиллин - 2 (5,1%), кофеин - 4 (10,3%), мезатон - 2 (5,1%), кальция глюконат - 2 (5,1%).

#### **Выводы.**

1. За период 2013-2015 гг. в АО УЗ «ВОКБ» пролечено 39 пациентов с лекарственным АШ. Летальные исходы не зарегистрированы.

2. Ведущими лекарственными этиологическими факторами были ненаркотические анальгетики и НПВС, антибактериальные ЛС и местные анестетики, их доля составила 79,5%, 95%ДИ 66,8-92,2%.

3. Выявлены факты игнорирования данных лекарственного аллергоанамнеза, что привело к развитию тяжелой нежелательной реакции.

4. При оказании помощи на догоспитальном этапе адреналин применялся лишь в 48,7% случаев. Отмечено назначение неэффективных ЛС (мезатон, кофеин, кальция глюконат).

#### **Литература:**

1. International consensus on (ICON) anaphylaxis / F.E.R. Simons [et al.] // WAO J. – 2014. – Vol. 7(1). – P. 9.

2. Соболенко, Т.М. Современные аспекты диагностики лекарственной аллергии / Т.М. Соболенко, Л.Р. Выхристенко // Мед. новости. – 2013. – № 5. – С. 43-48.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИБС ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ ПАРОДОНТА**

***Солодовникова С.В., Литвяков А.М., Шпигун Н.В., Солодовникова О.И.***

***УО «Витебский государственный медицинский университет»***

**Актуальность.** С 1999 года, после первой публикации работы R. Ross, воспалительная природа атеросклероза коронарных сосудов признается большинством ученых. С этого времени во многих исследованиях идея о воспалении, как сути атеросклеротического процесса, является доминирующей. В течение последних двух десятилетий появляются сообщения об ассоциации между воспалением в тканях пародонта и сердечно – сосудистой патологией. Ряд зарубежных авторов видит сходство патогенетических механизмов развития пародонтита и заболеваний сердечно – сосудистой системы в способности микроорганизмов и их эндотоксинов вызывать иммунно – воспалительные реакции в интимах сосудов, гемодинамические нарушения и метаболические поражения тканей. Атеросклеротические изменения коронарных сосудов могут отягощать течение хронического генерализованного пародонтита, а он, в свою очередь, усугубляет тяжесть поражения сосудов сердца, что имеет патогенетическое значение [1]. Также хронические воспалительные заболевания пародонта и ИБС имеют некоторые общие факторы риска. Общеизвестные факторы риска сердечно – сосудистых заболеваний: ожирение, физическая пассивность, курение, высокое

ное давление, повышенный уровень холестерина, сахарный диабет и др. Однако исследователи настоятельно рекомендуют включить в этот перечень патологию пародонта.

В апреле 2012 г. Американская ассоциация кардиологов (АНА) утвердила свою официальную позицию: «Заболевания пародонта и атеросклероз сосудов: подвержена ли независимая взаимосвязь доказательствам?», где представила всесторонний обзор имеющихся публикаций, в котором была предпринята попытка систематизировать то, что на сегодняшний день уже известно в данной области. Таким образом, после обзора всех доступных данных АНА сделала заключение о том, что пародонтит связан с развитием атеросклероза сосудов независимо от наличия других факторов риска. Важно отметить, что пародонтит играет наибольшую роль в развитии атеросклероза сосудов у пациентов среднего возраста, что указывает на то, что у пожилых пациентов в дополнение появляются другие отягощающие факторы риска, и это затрудняет распознавание связи пародонтита и атеросклероза сосудов [2]. Проблема ишемической болезни сердца (ИБС) занимает одно из ведущих мест среди медицинских проблем XXI века и является основной причиной смертности, а также временной и стойкой утраты трудоспособности населения в развитых странах мира. ИБС объединяет группу заболеваний, одним из факторов развития которых, является атеросклеротическое поражение коронарных сосудов [3–4].

**Цель.** Изучить особенности клинического течения ИБС у пациентов с диагностированным пародонтитом, проходившим лечение в условиях кардиологического отделения ВОКБ.

**Материал и методы.** В исследование включены 98 пациентов (72 мужчин, 26 женщин) в возрасте от 42 до 65 лет (средний возраст  $58,6 \pm 6,4$  лет), страдающих ишемической болезнью сердца (ИБС) и находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении ВОКБ за период с 2011 по 2015 год. Средняя длительность течения диагностированной ИБС составила  $10,5 \pm 0,99$  лет. Критерии исключения: возраст старше 65 лет, инфаркт миокарда в анамнезе давностью менее 6 месяцев, сахарный диабет II типа, фаза инсулинопотребности, наличие злокачественных новообразований и онкогематологических заболеваний, хроническая сердечная недостаточность III – IV функционального класса (ФК) согласно классификации Нью – Йоркской ассоциации сердца (НЮНА), системные заболевания соединительной ткани, тяжелые инфекционные заболевания, требующие регулярной антибактериальной терапии. Все пациенты были осмотрены стоматологом, а по – необходимости и пародонтологом. У всех пациентов имелся хронический пародонтит (ХП) разной степени тяжести: легкая степень – 8 пациентов (8,1%), средняя – 35 пациентов (35,7%), тяжелая – 55 пациентов (56,1%). Группой сравнения являлись пациенты с ИБС без диагностированного ХП. Группа сравнения была сопоставима по возрасту, полу, наличию сопутствующей патологии ( $p < 0,05$ ). Обследование включало в себя сбор анамнестических и объективных данных, выявление ФР, осмотр стоматолога, по – необходимости – пародонтолога, лабораторные методы диагностики (общеклинический и биохимический анализы крови с определением липидного спектра, концентрации высокочувствительного С-реактивного белка (СРБ)). Из функциональных методов диагностики использовались: тредмил – тест, стандартное ЭКГ в 12 – отведениях, всем пациентам проводилось дуплексное сканирование брахио – цефальных сосудов в соответствии со стандартными протоколами.

**Результаты и обсуждение.** При обследовании пациентов первой группы было установлено, что I ФК стенокардии напряжения имелся у 34 пациентов, III ФК – у 64 пациентов. У части пациентов в анамнезе имелись указания на перенесенный инфаркт миокарда или ишемический инсульт. Наибольшая частота перенесенных инфарктов миокарда отмечалась среди пациентов первой группы ( $45,2 \pm 6,5\%$ ). Мозговые инсульты в анамнезе чаще всего наблюдались так же в первой группе ( $11,5 \pm 4,4\%$ ). Нами были отмечены статистически значимые различия частоты артериальной гипертензии между сравниваемыми группами. Доля пациентов с АГ в первой группе ( $74,6 \pm 5,4\%$ ) была существенно выше по сравнению с группой контроля ( $32,7 \pm 7,1\%$ ). При сборе анамнеза было установлено, что большинство пациентов имели вредную привычку – курение. При сравнении частоты курильщиков среди пациентов, имеющих ХП ( $89,6 \pm 4,4\%$ ), и исследуемой контрольной группы ( $58,9 \pm 7,2\%$ ), были получены данные о наличии статистически значимых различий ( $p < 0,05$ ), что свидетельствует о существенно большей частоте курильщиков среди пациентов с ИБС имеющих заболевания пародонта. Содержание СРБ среди пациентов ИБС без признаков ХП ( $3,9 \pm 0,1$ ) было статистически ( $p < 0,05$ ) значимо ниже, чем в первой группе ( $5,6 \pm 0,1$ ), что не проти-

воречит ранее проводимым исследованиям. Необходимо отметить наличие достоверной корреляции между увеличением частоты и тяжести приступов стенокардии и тяжестью ХП ( $r=0,35$ ,  $p<0,05$ ). У пациентов ИБС (III ФК стенокардии) достоверно выявлялась тяжелая степень ХП ( $r=0,37$ ,  $p<0,05$ ) и высокая ЧСС ( $r=0,541$ ,  $p<0,05$ ). Атеросклеротическое поражение артериальных сосудов шеи у пациентов первой группы, что было статистически выше, чем у пациентов второй группы ( $p<0,05$ ). Уровень гиперлипидемии (повышение как общего холестерина, так и ХС-ЛПНП и ТГ) при ИБС коррелировал с тяжелым ХП ( $r=0,324$ ,  $p<0,05$ ). Анализ показателей толерантности к физической нагрузке (по данным тредмил – теста) показал, что тенденция к повышению толерантности была ассоциирована с более легким течением ХП на фоне ИБС ( $r=0,787$ ,  $p<0,05$ ).

**Выводы.** Установлена взаимосвязь между особенностями течения ИБС и тяжестью проявлений ХП: выраженность гиперлипидемии ( $r=0,324$ ) и уровень артериального давления ( $r=0,312$ ,  $p<0,05$ ), уровень СРБ ( $r=0,34$ ,  $p<0,05$ ), тяжелый функциональный класс стенокардии ( $r=0,38$ ,  $p<0,05$ ), высокой ЧСС ( $r=0,541$ ,  $p<0,05$ ).

#### **Литература:**

1. Елисеева, А.Ф. Сочетанное поражение пародонта и сердечно – сосудистой системы, клинико-морфологические и микробиологические исследования : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.14;14.03.02 / А.Ф. Елисеева. – СПб., 2014. – 26 с.
2. Папапанов, П.Н. Заболевания полости рта неблагоприятно влияют на общее состояние здоровья / П.Н. Папапанов // Стоматология. – 2013. – № 7. – С. 74–76.
3. Блашкова, С.Л. Современные подходы к профилактике обострений заболеваний пародонта у пациентов с ишемической болезнью сердца / С.Л. Блашкова, Е.М. Василевская // Фундам. исследования. – 2015. – № 1. – С. 32–35.
4. Роль хронического пародонтита при ишемической болезни сердца в течение основного заболевания / Н.А. Полторак [и др.] // Ортодонтия. – 2007. – № 2. – С. 55–58.